

اثر بخشی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی و سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا

زهرا غلامی حیدر آبادی^۱، شکوه نوایی نژاد^۲، علی دلاور^۳، عبدالله شفیع آبادی^۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۹/۱۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی برنامه گروهی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی و سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا بود. روش پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه مادران دارای فرزند نابینا شهر تهران بود که فرزندان‌شان در مدارس نابینایان مشغول به تحصیل بودند. نمونه شامل ۳۰ نفر از مادران یادشده بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه تحت آموزش گروهی مثبت‌نگری قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در ۲ مرحله، پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق پرسشنامه شادکامی و سخت‌رویی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش گروهی مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی و سخت‌رویی مادران دارای فرزند نابینا را افزایش ($P \leq 0/05$) داده است. نتایج نشان داد بین مثبت‌نگری با سخت‌رویی و شادکامی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و افراد سخت‌رو از میزان شادکامی بالاتری برخوردارند.

واژگان کلیدی: آموزش مثبت‌نگری، شادکامی، سخت‌رویی، مادران، نابینا.

۱. مدرس گروه مشاوره دانشگاه فرهنگیان؛ پردیس شهید مفتح، Email: Zahra6100@ Gmail.com

۲. استاد گروه مشاوره دانشگاه تربیت معلم، Email: Navabinejad@yahoo.com

۳. استاد گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی delavarali@yahoo.com

۴. استاد گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی ashafiabady@yahoo.com

مقدمه

روانشناسی کودکان با نیازهای ویژه^۱ شاخه‌ای از دانش روان‌شناسی است که به تعریف همه مسائل مربوط به کودکان با نیازهای ویژه از گستره کودکان تیزهوش^۲ تا کم توان ذهنی^۳، کودکان نابینا^۴ و کم بینا، کودکان ناشنوا^۵ و کم شنوا، کودکان دارای ناتوانی‌های گفتار و زبان^۶، کودکان دارای ناتوانی‌های حرکتی^۷، ذهنی و غیره و پیشگیری و شناخت و آموزش این کودکان می‌پردازد. انجمن پزشکی آمریکا این تعریف را در سال ۱۹۳۴ ارایه کرد که امروزه نیز مورد قبول بنیاد آمریکایی برای نابینایان است. بارگاه^۸ معتقد است که مشکلات بینایی به سه دسته نابینا، کم بینا و کودکانی با اختلال در میدان دید تقسیم می‌شوند (کافمن^۹، ۱۹۹۸؛ به نقل از ماهر، ۱۳۸۸). خانواده یک نظام اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضا و اجزای آن کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده، موجب تشدید اختلال‌های مربوطه به اجزا و پیدایش مشکلات جدید می‌گردد. با این نگرش آسیب‌دیدگی یکی از فرزندان، بر تمامی اعضای خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر همه اعضای خانواده به ویژه مادران تأثیر منفی می‌گذارد (به پژوه، ۱۳۹۱). سر خوردگی و رویاهای بر باد رفته، جملگی بر والدین فشارهایی وارد می‌کند که موجب برهم خوردن آرامش و تعادل خانواده می‌شود، همچنین باعث ایجاد تنیدگی و فشار روانی برای والدین و سایر اعضای خانواده بوده، بر سلامت روانی، سازگاری و بهزیستی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد و موجب ناامیدی و انزوای فردی و خانوادگی می‌شود و این فشارخود را به صورت نشانگان تنیدگی گوناگونی در والدین نشان می‌دهد. این والدین با مشکلات فراوانی در زمینه‌های نگهداری، آموزشی، مالی و عاطفی رو به رو هستند. به طور کلی عوامل تنش آور و مشکلات خانواده،

-
1. Exceptional children
 2. Gifted
 3. Mental retard
 4. Blind Children
 5. Deaf Children
 6. Language disability
 7. Motor disability
 8. Baragah
 9. kafman

دارای فرزند نابینا می‌توان به مشکل پذیرفتن فرزند نابینا، خستگی ناشی از مراقبت و پرستاری او، مسائل مربوط به اوقات فراغت والدین، مشکلات مالی والدین و مسائل درمانی، آموزشی و توانبخشی کودک اشاره کرد (اوتاری‌نیا، ۱۳۸۷).

افراد نابینا از آغاز تولد تا پایان زندگی نیازمند آموزش و مراقبت‌های ویژه‌ای هستند، بنابراین وظایف این والدین نسبت به والدینی که فرزندشان سالم است بیشتر و سخت‌تر است. آن‌ها نگران وضعیت حال و آینده فرزندشان هستند و این موضوع باعث ناراحتی و استرس آن‌ها شده است (خانزاده، ۱۳۸۹). مادران در مقایسه با پدران بیشتر تحت فشار هستند، زیرا بیشتر وظیفه رشد و تربیت فرزندان را بر عهده دارند. همچنین مادری که در مدت ۹ ماه بارداری، در انتظار یک کودک سالم برنامه‌ریزی‌های متعددی انجام می‌دهد، طبیعی است که بامتولد شدن کودک آسیب دیده دچار شوک و ناباوری شود و احساس خشم و پرخاشگری کند. همچنین به دلیل این که کودکان با آسیب‌های حسی از قبیل نابینایی و ناشنوایی در منزل نگهداری و تربیت می‌شوند و مادران از نزدیک با مشکلات و خطرات احتمالی، که ممکن است فرزند آسیب دیده‌شان را تهدید کند، آشنا هستند، بنابراین انتظار می‌رود که میزان ترس مرضی در این قبیل مادران بیشتر باشد و مجموعه‌ای از مسائل و مشکلاتی از قبیل پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی موجب افزایش روان‌پریشی و در نتیجه پایین آمدن سلامت روانی و شادکامی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه می‌شود (شجاعی، ۱۳۸۹).

بنابراین با توجه به مشکلات مذکور باید به این مادران کمک شود تا میزان تاب‌آوری و سخت‌رویی‌شان در مقابل مشکلات افزایش یابد. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین سلامت روان، شادکامی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه و مادران دارای فرزند عادی تفاوت وجود دارد و مادران دارای فرزند با نیازهای ویژه از سلامت روان، شادکامی و تاب‌آوری کمتری برخوردارند که می‌توان به نتایج پژوهش‌های مهربابی زاده

هنرمند (۱۳۸۰)، احمدی (۱۳۷۷)، ملک پور (۱۳۷۶)، هالدی^۱ (۲۰۱۰) و ترستر^۲ (۲۰۰۹) اشاره اشاره کرد.

اصطلاح سخت‌رویی^۳ در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در برابر فشار روانی مقاوم‌تر بوده و کمتر مستعد بیماری هستند (وردی، ۱۳۸۰). همچنین، سخت‌رویی نگرش درونی ویژه‌ای را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی افراد با مسائل زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث می‌شود تا فرد عوامل تنش‌زا را به صورت واقع بینانه مورد توجه قرار دهد (کوباسا، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین سخت‌رویی، سازگاری و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و سخت‌رویی بهترین پیش‌بینی کننده سلامت روان بوده است و افرادی که از سلامت روان بالایی برخوردارند، قادرند معنی و هدف در زندگی‌شان پیدا کنند و شاد باشند (میکائیلی، ۱۳۸۹؛ جعفری، ۱۳۸۵؛ بولتون^۴، ۲۰۰۹؛ کراولی^۵، ۲۰۰۳ و کلارک^۶، ۲۰۰۷).

برای بهبود سخت‌رویی و شادکامی می‌توان از روش‌های درمانی مختلفی بهره برد که یکی از آنها آموزش مثبت‌نگری است (خدایاری فرد، ۱۳۸۶). به تازگی موج جدیدی در روان‌شناسی پدید آمده به نام روان‌شناسی مثبت‌گرا که توسط مارتین سلیگمن و همکاران (۲۰۰۲) پیشنهاد شده است. تاکید مثبت‌گرایی به معنای نفی آسیب‌شناسی روانی نیست، بلکه نکته اینجاست که افکار و هیجان‌های مثبت و تأثیر بی‌مانند آنها در سلامت روانی و جسمی آدمی، مورد غفلت قرار گرفته است (کویلیام، ۲۰۰۵؛ به نقل از براتی سده، ۱۳۸۶). دید افراد نسبت به زندگی ترکیبی از احساسات، عقاید و باورشان است. نخستین گام اساسی برای تغییر دیدگاه منفی به دیدی مثبت‌شناسایی و تمایز قائل شدن بین احساسات، افکار و باورها است. افراد مثبت‌نگر سالم‌تر و شادترند و با بهره‌گیری از راهبردهای مسئله‌گشایی با

-
1. Haldy
 2. Troster
 3. Hardiness
 4. Bolton
 5. Crowleyh
 6. Clarke

تنیدگی‌های روانی بهتر کنار می‌آیند. این رویکرد بر شناسایی هیجان‌ها، کنترل احساسات و عواطف، ایجاد خوش‌بینی مبارزه با افکار منفی و تغییر دادن تصویرهای ذهنی تأکید می‌کند (آرگیل^۱، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش مثبت‌نگری باعث افزایش سلامت روانی، امیدواری، خودکارآمدی، عزت‌نفس و کاهش افسردگی می‌شود (لی^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ آلبرتو و جوینر^۳، ۲۰۱۰). همچنین نتایج پژوهش‌ها و ندرولدن^۴ و همکاران (۲۰۰۷) و موحد (۱۳۸۲) نشان داد که بین امیدواری، مثبت‌نگری و سلامت روان نیز رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. افزون بر این نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سخت‌رویی به عنوان متغیر یا ویژگی شخصیتی میانجی در نظر گرفته شده است که می‌تواند اثرات سایر متغیرهای روان‌شناختی و متغیرهای محیطی را تعدیل کند و قادر است که تنیدگی فرد را کاهش دهد و باعث افزایش سازگاری، سلامت روان و شادکامی شود (اصغر نژاد، ۱۳۸۷؛ میکائیلی، ۱۳۸۹؛ وینمن و همکاران^۵، ۲۰۰۷؛ زاکین^۶، ۲۰۰۸؛ بوهل^۷، ۲۰۰۸؛ بولتر^۸، ۲۰۰۶). در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها خسرویانی (۱۳۸۹) و پالاهنگ (۱۳۸۶) بر روی دانش‌آموزان و کارکنان نشان داد که بین سخت‌رویی و شادکامی رابطه مستقیم وجود دارد و افراد سخت‌رو از میزان شادکامی بالاتری برخوردار هستند.

با در نظر گرفتن این مسئله که تاکنون هیچ پژوهشی در زمینه تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر سخت‌رویی و شادکامی مادران دارای فرزند نابینا انجام یا گزارش نشده است، بر همین اساس هدف این پژوهش آن است تا با اجرای آموزش مثبت‌نگری به بررسی اثرات آن بر افزایش سخت‌رویی و شادکامی مادران (دارای فرزند نابینا) پرداخته و میزان اثر بخشی آن مورد بررسی قرار گیرد.

-
1. Argile
 2. Lee
 3. Alberto&joyner
 4. Vandervelden
 5. Weinman
 6. Zakin
 7. Bohle
 8. Boulter

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل هممادرانی (تعداد کل جامعه آماری ۳۳۳ نفر) است که فرزندشان در مدارس با نیازهای ویژه و ویژه نابینایان شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۰ مشغول به تحصیل، دامنه سنی مادران ۲۵ تا ۳۶ سال و سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس بودند. چون افرادی که میزان سخت‌رویی و شادکامی آنها پایین باشد در جامعه مورد مطالعه از قبل شناخته شده نبودند، بنابراین از این جامعه آماری، نمونه هدفمند که آمادگی همکاری در این پژوهش داشتند، انتخاب گردید و از میان آنها افرادی که میزان سخت‌رویی و شادکامی آنها پایین بود، انتخاب شدند. برای این کار نخست فهرستی از مدارس نابینا شهر تهران تهیه شد. از بین این مدارس یک مدرسه به روش تصادفی (شهید محبی، تعداد ۱۶۰ نفر) انتخاب شد. سپس ۳۰ نفر که در آزمون سخت‌رویی و شادکامی‌های پایین تر از سطح متوسط، سطح تحصیلات سیکل تا لیسانس و دامنه سنی ۲۵-۳۶ سال بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش به مدت دو ماه و نیم (هفته ای یک جلسه و هر جلسه ۲ ساعت) تحت آموزش مثبت‌نگری قرار گرفتند. آموزش توسط محقق (بسته آموزشی توسط محقق و بر اساس نظریه سلیگمن (۲۰۰۵) تهیه شد) ارائه شد و پس از پایان دوره آموزشی دوباره سخت‌رویی و شادکامی دو گروه مورد آزمون قرار گرفته شده است. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) مقیاس بررسی دیدگاه‌های شخصی: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری سخت‌رویی توسط کوباسا (۱۹۷۹) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه بوده و سه مؤلفه تعهد^۱، چالش^۲ و کنترل^۳ را می‌سنجد. آزمودنی پس از خواندن هر گویه به یکی از ۴ گزینه

1. Commitment
2. Challeng
3. Control
3. Maddi

اصلاً صحیح نیست تا حدودی صحیح است، تقریباً صحیح است و کاملاً صحیح است، پاس‌خمی دهد و گزینه‌ها به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲ و ۳ دریافت می‌کنند. مدی (۱۹۹۰) در پژوهش خود پس از تحلیل عوامل مقیاس برای مؤلفه‌های سرسختی روان‌شناختی یعنی تعهد، کنترل، مبارزه‌جویی و نمره کل سرسختی به ترتیب ضرایب پایانی ۰/۷۰، ۰/۵۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ به دست آورد. کوباسا (۱۹۹۹) روایی آن ۰/۷۹ گزارش کرد. مجیدیان (۱۳۸۳) در پژوهش خود برای مؤلفه‌های کنترل، تعهد و چالش به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ و برای کل نمره سخت‌رویی ۰/۷۵ را گزارش کرده است. در پژوهش حاضر روایی ۰/۷۵ و پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ بررسی گردید که ضرایب پایایی به دست آمده برای مؤلفه‌های تعهد، کنترل، چالش و نمره کل سخت‌رویی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۱، ۰/۵۲ و ۰/۶۸ بود.

ب) پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد: این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۱ توسط آرگایل به منظور سنجش میزان شادکامی ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ گویه چهار گزینه‌ای (بر اساس مقیاس لیکرت) است که آزمودنی باید بر طبق وضعیت فعلی خودش یکی از آن‌ها را انتخاب کند. همچنین دارای ۵ عامل رضایت از زندگی، حرمت خود، بهزیستی فاعلی، رضایت خاطر و خلق مثبت است. بدین ترتیب بالاترین نمره ای که آزمودنی می‌تواند در این مقیاس کسب کند، ۸۷ است که بیان‌گر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس ۰ است که مؤید ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است. در پژوهش اهرمیان (۱۳۸۹) ضریب پایایی و روایی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و تنصیف ۰/۸۹ گزارش شد. آرگایل و همکاران پایایی پرسش‌نامه آکسفورد را به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی پرسش‌نامه شادکامی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ است که بیان‌گر پایایی و روایی مطلوب پرسش‌نامه یادشده بوده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات مشاوره گروهی با رویکرد مثبت‌نگری براساس نظریه سلینگمن (۲۰۰۵)

جلسات آموزشی	توضیحات
نخست	رهبر اعضا را با یکدیگر آشنا می‌کند و در مورد قوانین و مقررات و چگونگی انجام کار توضیحاتی ارائه می‌دهد.
دوم	رهبر اعضا را با مفهوم مثبت‌اندیشی و آگاهی از مثبت‌گرایی و شناسایی علائم و نشانه‌های مثبت‌اندیشی آشنا می‌کند و در مورد افکار، احساسات و نقش آن در رفتار توضیحاتی را ارائه می‌دهد. در پایان پس از بیان خلاصه‌ای از این جلسه و تعیین تکلیف، جلسه را به پایان می‌رساند.
سوم	رهبر پس از بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل و پاسخ به سؤال‌های اعضا، توضیحات بیشتری در مورد نقش افکار در رفتار می‌دهد؛ بنابراین اعضا جهت مثبت‌اندیشی لازم است به مواردی توجه کنند از جمله مبارزه با افکار منفی و در این مورد توضیحات جلسه ارائه می‌شود. این جلسه همانند جلسه قبل به پایان می‌رسد.
چهارم	رهبر راهکارهایی را جهت بازاندیشی نسبت به افکار ارائه می‌دهد از جمله: از نواندیشیدن درباره باورها، استفاده از زبان و سخنان سازنده، وارسی واقعیت‌ها و استفاده از موارد مستندات مربوط به افکار. رهبر در مورد موضوع این جلسه تکلیفی تعیین می‌کند و جلسه را به پایان می‌رساند.
پنجم	رهبر در مورد راهکارهای مثبت‌اندیشی موارد دیگری را از جمله تغییر دادن تصویرهای ذهنی، تصویر سازی ذهنی مثبت و اجتناب از حسادت مطالبی را عنوان می‌کند. سپس پس از تعیین تکلیف، جلسه به پایان می‌رسد.
ششم	در آغاز رهبر خلاصه‌ای از جلسه قبل را بیان می‌کند و پس از آن به اعضا در مورد خودگویی، باید و نباید و اعتماد به نفس توضیحاتی را می‌دهد و همچنین نقش این موارد را در مثبت‌گرایی بیان می‌کند. پس از تعیین تکلیف، جلسه به پایان می‌رسد.
هفتم	شروع کار همانند جلسه قبل بود، سپس در مورد ایجاد باورهای مثبت از طریق از نواندیشی درباره باورها، در جستجوی شواهد واقعی، نواندیشی، بررسی سود و زیان و ارزیابی نگرش‌ها توضیحاتی ارائه می‌شود. پایان جلسه همانند جلسه قبل بود.
هشتم	شروع جلسه همانند جلسه قبل بود، سپس به اعضا آموزش داده می‌شود که چگونه می‌توان از طریق باز سازی خاطرات، تقویت عزت نفس، اندیشیدن درباره پیام‌ها در جهت خوش‌بینی و مثبت‌نگری به خودمان کمک کنیم. پس از تعیین تکلیف، جلسه به پایان می‌رسد.
نهم	در آغاز خلاصه‌ای از جلسه توسط یکی از اعضا گروه بیان می‌شود، سپس یکی دیگر از راهکارها را جهت مثبت‌اندیشی (شیوه انگار که برنامه‌ریزی برای یک روز مثبت و برقراری روابط خوب با دیگران) در مورد آن آموزش و توضیحاتی داده می‌شود. پس از آن اعضا را جهت پایان جلسات آماده می‌کنند.
دهم	شروع جلسه همانند جلسه قبل است. پس از آن رهبر در مورد نقش سلامتی و اثر آن در مثبت‌گرایی، حفظ رفتارهای مثبت و نقش آن در خوش‌بینی توضیحاتی ارائه می‌دهد. سپس خلاصه‌ای از این جلسات توسط رهبر بیان می‌شود. پس از جمع‌بندی از یادگیری‌ها در پایان از اعضا خواسته شد تا پرسش‌نامه سخت‌رویی و شادکامی (پس‌آزمون) را پر کنند.

یافته‌ها پژوهش

در این بخش ابتدا میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل و سپس تحلیل کواریانس برای تفاوت گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد شادکامی و سخت‌رویی گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پیش آزمون-پس آزمون

متغیرها	گروه‌ها	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شادکامی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲۱/۸	۴/۴۱
		کنترل	۱۵	۲۰/۶۶	۴/۸۶
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۷/۶۶	۳/۶۶
		کنترل	۱۵	۲۱	۳/۴
سخت‌رویی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵	۲۱	۳/۳۱
		کنترل	۱۵	۱۹	۵/۰۱
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۶۱/۹۳	۲/۲۷
		کنترل	۱۵	۲۰/۳۲	۴/۷۴

با توجه به نتایج به دست آمده میانگین نمره شادکامی افراد در بین گروه آزمایش ۲۱/۸ با انحراف استاندارد ۴/۴۱ و در بین گروه کنترل این میانگین ۲۰/۶۶ با انحراف استاندارد ۴/۸۶ گزارش شده است.

میانگین نمره سخت‌رویی افراد در بین گروه آزمایش ۱۷/۶۶ با انحراف استاندارد ۳/۶۶ و در بین گروه کنترل این میانگین ۲۸/۵۴ با انحراف استاندارد ۳/۴ گزارش شده است.

با توجه به نتایج به دست آمده میانگین نمره شادکامی افراد و در بین گروه آزمایش ۴۸ با انحراف استاندارد ۳/۳۱ و در بین گروه کنترل این میانگین ۱۸/۸۶ با انحراف استاندارد ۵/۰۱ گزارش شده است.

میانگین نمره سخت‌رویی افراد و در بین گروه آزمایش ۶۱/۹۳ با انحراف استاندارد ۲/۲۷ و در بین گروه کنترل این میانگین ۲۰/۳۲ با انحراف استاندارد ۴/۷۴ گزارش شده است.

فرضیه‌های اول و دوم

جدول ۳. نتایج آزمون F لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها

سخت‌رویی	شادکامی	
۰/۳۲	۱/۸۸	نسبت F لون
۱	۱	درجه آزادی اول
۲۸	۲۸	درجه آزادی دوم
۰/۵۷۴	۰/۱۸۱	سطح معناداری

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در نمره‌های شادکامی و سخت‌رویی سطوح معناداری محاسبه شده F لوین از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است لذا فرض صفر F لوین در این نمره‌ها تأیید می‌شود یعنی واریانس‌های دو گروه در این نمره‌ها با هم برابرند؛ و در رابطه با نمره‌های فوق یکی از شرطهای استفاده از کوواریانس محقق می‌گردد.

جدول ۴. نتایج آزمون باکس به عنوان پیش فرض مناسب بودن مدل

ضریب باکس	F	درجه آزادی یک	درجه آزادی ۲	سطح معناداری	گروه
۳/۸۵	۱/۹۴۹	۳	۱۴۱۱۲۰	۰/۳۱	

در جدول فوق میزان شاخص باکس ۳/۸۵ است که دارای سطح معناداری ۰/۳۱ است. چون میزان معناداری از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که مدل پیشنهاد شده مناسب است.

جدول ۵. (تحلیل کواریانس) خلاصه محاسبات اثرات بین آزمودنی‌ها

منبع		گروه					خطا	
متغیرهای وابسته	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر آماری	توان	درجه آزادی	میانگین مجذورات
شادکامی	۱	۱۴۰۲/۶۸	۷۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱	۲۶	۱۷/۸۳
سخت‌رویی	۱	۴۵۲۰/۳	۴۰۱/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱	۲۶	۱۱/۲۶

در جدول ۵ خلاصه محاسبات اثرات بین آزمودنی‌ها با درجات آزادی (۱ و ۲۶) آورده شده

است که به وسیله جدول فوق فرضیه‌های اول و دوم پژوهش آزمون می‌شود به شرح زیر:

فرضیه اول: میزان شادکامی والدینی که تحت آموزش مثبت‌نگری قرار گرفته‌اند از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند متفاوت است.

با در نظر داشتن میزان خطا (تفاوت‌های فردی) در شادکامی سطح معناداری ($P=0/001$) به دست آمده از خطای $0/05$ کوچک‌تر است در نتیجه می‌توان گفت آموزش مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی مادران (دارای فرزند نابینا) اثر دارد و فرض صفر تحقیق با اطمینان $0/95$ درصد رد می‌شود. میزان این تأثیر $0/75$ درصد است می‌توان گفت 75 درصد کل واریانس (تفاوت‌های فردی) نمره‌های میزان شادکامی در اثر تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل بوده است همچنین توان آماری 1 است؛ به عبارت دیگر 100 درصد احتمال خطای نوع اول وجود ندارد.

فرضیه دوم: میزان سخت‌رویی والدینی که تحت آموزش مثبت‌نگری قرار گرفته‌اند از والدینی که تحت این آموزش قرار نگرفته‌اند متفاوت است.

با در نظر داشتن میزان خطا (تفاوت‌های فردی) در سخت‌رویی سطح معناداری ($P=0/001$) به دست آمده از خطای $0/05$ کوچک‌تر است در نتیجه می‌توان گفت آموزش مثبت‌نگری بر افزایش سخت‌رویی مادران (دارای فرزند نابینا) اثر دارد و فرض صفر تحقیق با اطمینان $0/95$ درصد رد می‌شود. میزان این تأثیر $0/93$ درصد است می‌توان گفت 93 درصد کل واریانس (تفاوت‌های فردی) نمره‌های میزان سخت‌رویی در اثر تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل بوده است همچنین توان آماری 1 است؛ به عبارت دیگر 100 درصد احتمال خطای نوع اول وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در ارتباط با فرضیه اول مبنی بر اینکه آموزش مثبت‌نگری بر افزایش شادکامی مادران (دارای فرزند نابینا) مؤثر است. نتایج نشان داد: که آموزش مثبت‌نگری موجب افزایش شادکامی در مادران (دارای فرزند نابینا) شده است. براساس نتایج حاصله می‌توان گفت که مادرانی که در جلسات گروهی آموزش مثبت‌نگری شرکت کردند شادکامی آن‌ها افزایش یافت. نتایج پژوهش‌ها نشان داد که بین سلامت روان، شادکامی و تاب‌آوری مادران (دارای فرزند) با نیازهای ویژه و مادران (دارای فرزند) عادی تفاوت وجود دارد و مادران دارای فرزند با

نیازهای ویژه از سلامت روان، شادکامی و تاب‌آوری کمتری برخوردارند که می‌توان به نتایج پژوهش‌ها مهرابی زاده (۱۳۸۰)، احمدی (۱۳۷۷)، ملک‌پور (۱۳۷۶)، هالدی (۲۰۱۰) و ترستر (۲۰۰۹) اشاره کرد. همچنین مطالعه ای خدایاری فرد (۱۳۸۶) و عبادی، فقیهی (۱۳۸۹) اثر بخشی این روش را بر روی زندانیان و زنان بدون همسر بررسی نموده و آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که روش مثبت‌نگری باعث افزایش امیدواری و سلامت عمومی آن‌ها شد. همچنین اسدالهی (۱۳۸۷) و بانینک (۲۰۰۸) نیز اثر بخشی روش مثبت‌نگری را بر روی دانش آموزان و دانشجویان بررسی نموده و آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که مثبت‌نگری باعث افزایش امیدواری، شادکامی و کاهش افسردگی شده است. بنابر این نتایج تحقیق فوق با نتایج تحقیق حاضر همخوان است. همچنین نتایج پژوهش‌های و همکاران (۲۰۱۰)، آلبرتو و جوینر (۲۰۱۰)، وندرولدن و همکاران (۲۰۰۷)، ونگ و لیم (۲۰۰۸)، هو و همکاران (۲۰۰۹) و موحد (۱۳۸۲) نشان داد که بین امیدواری، مثبت‌نگری، عزت نفس، خودکارآمدی، سلامت روان، خوش بینی و شادکامی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد و افزایش امیدواری و مثبت‌نگری می‌تواند سلامت روان و مراقبت از خود را افزایش دهد، بنابراین نتایج پژوهش‌ها فوق با نتایج تحقیق حاضر هماهنگ است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که مثبت‌نگری به جای تأکید بر عواطف منفی، عواطف مثبت را بررسی کند و به جای انگشت گذاشتن بر نقاط ضعف انسان به توانمندی انسان توجه کند؛ و برای دستیابی به آن باید برنامه ریزی و تلاش کرد. به باور سلیگمن (۲۰۰۵) مثبت‌اندیشی به آن معنا نیست که به مشکلات توجه نکنید یا بی دلیل و به صورت کاذب خوش بین باشید. ایده آل آن است که مشکلات را یاد داشت کنید و سپس به جای آنکه در حلقه‌های فلج کننده احساسات ناخوشایند، به دام بیفتید، دست به کار حل مشکلات شوید؛ بنابراین مثبت‌اندیشی به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش بینی متمرکز می‌شود، لذا باعث افزایش نشاط و شادکامی در مادران (دارای فرزند نابینا) خواهد شد.

در ارتباط با فرضیه دوم مبنی بر اینکه آموزش مثبت‌نگری بر افزایش سخت‌رویی مادران (دارای فرزند نابینا) موثر است. نتایج نشان داد که: آموزش مثبت‌نگری موجب

افزایش سخت‌رویی در مادران (دارای فرزند نابینا) شده است. براساس نتایج حاصله می‌توان گفت که مادرانی که در جلسات آموزشی مثبت‌اندیشی شرکت کردند، سخت‌روی‌آنها افزایش یافت. سخت‌رویی یکی از مباحث مهم در روانشناسی مثبت‌گرا است، پژوهش‌ها جدیدتر نشانگر پیوندی نه تنها بین سخت‌رویی و بیماری بلکه بین سخت‌رویی و طول عمر است و حتی بهترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان است. لنداسلیگمن (۲۰۰۵) مطالعه‌ای بر روی ۱۰ درصد از شادترین افراد در دانشجویان کالج انجام داد و نتایج نشان داد مهم‌ترین ویژگی این افراد سخت‌رویی، خوش‌بینی و برخورداری از یک زندگی قوی، غنی و ارضاء‌کننده اجتماعی است... بنابراین نتیجه این پژوهش با یافته محقق همسو است. همچنین نتایج مطالعات کاظمیان (۱۳۸۸)، تایلر و براون (۲۰۰۷)، تراسی (۲۰۰۸)، ترنزو پینتو (۲۰۰۹) نشان داد که پرداختن به جنبه‌های مثبت و خوش‌بینی باعث افزایش خوش‌بینی، مثبت‌نگری، سلامت روان و مقاومت آنها در برابر مشکلات شده است همچنین نتایج پژوهش‌های زارع (۱۳۸۲)، زاکین و همکاران (۲۰۰۸)، بروکس (۲۰۰۷)، مانیس (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که سخت‌رویی به عنوان متغیر یا ویژگی شخصیتی میانجی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند تنش فرد را کاهش دهد و باعث افزایش سازگاری، نشاط و سلامت روان شود، بنابراین نتایج پژوهش‌ها فوق با نتایج پژوهش‌ها حاضر همسو است. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که همان‌گونه که یکی از مباحث مهم در روانشناسی مثبت‌گرا که بسیار مورد توجه قرار گرفته است، سخت‌رویی است و اصطلاح سخت‌رویی در مورد افرادی به کار برده می‌شود که در برابر فشار روانی مقاوم‌تر هستند و نسبت به بیشتر افراد کمتر مستعد بیماری هستند. بنابراین افرادی که دارای این ویژگی هستند معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند، نسبت به آنچه انجام می‌دهند تعلق خاطر بیشتری دارند و در قبال عقاید و تغییرات جدید پذیرا هستند. پژوهش‌ها جدیدتر نشانگر پیوندی نه تنها بین سخت‌رویی و بیماری بلکه بین سخت‌رویی و طول عمر است؛ بنابراین داشتن این ویژگی نه تنها ما را در قبال بیماری‌ها ایمن می‌کند بلکه باعث افزایش طول عمر نیز می‌شود (کوباسا، ۱۹۸۸)؛ بنابراین، آموزش گروهی مثبت‌نگری باعث می‌شود میزان سخت‌رویی در آنها افزایش یابد و بتوانند بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند و می‌توانند رویدادهای

تنش‌ها را مثبت‌تر و قابل کنترل‌تر ارزیابی می‌کنند و همین امر باعث افزایش نشاط در آن‌ها می‌شود (مدی، ۲۰۰۵).

همان‌طور که قبلاً اشاره شد معلولیت یکی از فرزندان، بر تمامی اعضای خانواده و کارکردهای مختلف آن و بر یکایک اعضای خانواده به ویژه والدین و علی‌الخصوص مادران تأثیر منفی می‌گذارد و زمینه بارور برای بروز نشانگان تنیدگی در خانواده می‌شود؛ بنابراین، افرادی که میزان سخت‌روی و تاب‌آوری آنان در برابر مشکلات بالا باشد آن‌ها معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند و علی‌رغم مسائل و مشکلاتی که در زندگی با آن مواجه شده‌اند، می‌توانند همواره به رشد خود ادامه دهند؛ آن‌ها با موقعیت‌های پر اضطراب رو به رو می‌شوند و آن را فرصتی برای دستاوردهای مهم می‌دانند (جمهری، ۱۳۸۰). لذا با بکارگیری مثبت‌اندیشی می‌توان به این مادران کمک کرد تا به جای توجه مفرط به ناتوانی‌ها و ضعف‌های بشری بر توانایی‌های انسان مثل شاد زیستن، لذت بردن، قدرت حل مسئله و خوش بینی متمرکز شوند.

به زعم وجود برخی محدودیت‌ها در پژوهش حاضر، نظیر اینکه رهبر گروه آیا ۲ ساعت در هفته آموزش یا درمان داشته باشد ولی خارج از این زمان افراد نمونه ممکن تحت آموزش‌های دیگری مثل خانواده، مدرسه، دوستان، رسانه‌های گروهی و... قرار گرفته باشد. همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر در مدرسه نایب‌ایان محبی (منطقه غرب تهران) انجام شده است لذا تعمیم نتایج به مدارس دیگر نایب‌ایان (مدرسه نرجس در شمال تهران و مدرسه دکتر خزائلی در جنوب تهران) باید با احتیاط صورت گیرد (به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و قومی و...). لذا پیشنهاد می‌شود آموزش مثبت‌نگری را در گروه‌های دیگر با نیازهای ویژه (مادران دارای فرزند ناشنوا و کم‌توان ذهنی) علاوه بر سطح تهران در کل کشور استفاده نمود. همچنین با توجه به تأیید اثر بخشی این آموزش استفاده از این آموزش بر روی پدران نیز توصیه می‌شود.

منابع

- احمدی، زینب. (۱۳۷۷). مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان نابینا و مادران کودکان عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد اهواز.
- اسداللهی، حسین. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر درمان‌های شناختی، با تکیه بر درمان عقلانی-عاطفی‌الیس و خوش بینی سلیگمن، بر کاهش ناامیدی و افسردگی دانش آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در نوجوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱، ۷۰-۶۲.
- اوتاری نیا، محمد علی (۱۳۸۷). نقش‌فعالیت‌های گروهی فوق برنامه بر سازگاری روانی اجتماعی دانش آموزان با نیازهای ویژه استان گیلان، نشریه تعلیم و تربیت با نیازهای ویژه سال چهارم، شماره ۱۴، ۸۷-۳.
- اهرمیان، افشین. (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش رویکرد راه حل محور به شیوه گروهی بر شادمانی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجع کننده به مراکز مشاوره خانواده شهر بوشهر، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، سال ۴، شماره ۵۸، ۳۶-۵۱.
- به پژوه، احمد. (۱۳۹۱). خانواده و کودکان با نیازهای ویژه. تهران: انتشارات آوای نور.
- پالاهنگ، حسین. (۱۳۸۶). بررسی میزان شادکامی و سخت‌رویی کارکنان شرکت فولاد مبارکه و همسران آن‌ها. خانواده پژوهی، سال ۲، شماره ۱۱، ۶۶۹-۶۶۸.
- جعفری، عیسی. (۱۳۸۵). بررسی مقایسه رابطه بین تیپ شخصیتی C، منبع کنترل و سخت‌رویی در بیماران مبتلا به سرطان با افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- جمهری، فرهاد. (۱۳۸۰). بررسی رابطه بین سخت‌رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب در بین زنان و مردان دانشجوی دانشگاه‌های تهران، پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی.

خانزاده، عباسعلی. (۱۳۸۹). بررسی مهارت‌های اجتماعی مورد نیاز دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در محیط شغلی. نشریه تعلیم و تربیت با نیازهای ویژه، سال ۵، شماره ۱۰۶، ۴۴-۴۸.

خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۶). روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، سال دوازدهم، ۱۳۸۶، ص ۲۳-۴۵.

خسرویانی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سخت‌رویی با شادکامی در دانش‌آموزان (دختر و پسر) سال اول متوسطه شهر تهران در سال ۱۳۸۹. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و پژوهش‌ها اسلامی.

زارع، مهدی. (۱۳۸۲). مقایسه رابطه حمایت اجتماعی و سخت‌رویی با فرسودگی شغلی رانندگان اتوبوس‌های شرکت واحد و رانندگان شرکت تاکسی رانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

شجاعی، ستاره. (۱۳۸۹). موانع اشتغال افراد با آسیب‌بینایی، نشریه تعلیم و تربیت با نیازهای ویژه (ویژه‌نامه آموزش شغلی و توان‌بخشی حرفه‌ای)، سال ۸، شماره ۱۰۶، ۵۵-۵۱.

عبادی، ندا، فقیهی، علی‌نقی. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی آموزش مثبت‌نگری بر افزایش امید به زندگی زنان بدون همسر شهر اهواز با تاکید بر قرآن فصلنامه روانشناسی و دین، سال سوم، شماره ۲، ۶۱-۷۴.

علی‌پور، احمد، نوربالا، احمد علی. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه، شادگامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال پنجم، شماره ۱، ۶۷-۷۸.

قربانی، نیما. (۱۳۷۳). ارتباط سخت‌رویی با الگوی رفتاری مستعد بیماری‌های کرونری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

کاظمیان، کاظم. (۱۳۸۸). بررسی رابطه نگرش مذهبی با شادکامی و سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. روانشناسی و دین، سال ۲، شماره ۲.

کافمن، جیمز ام، شناخت کودکان با نیازهای ویژه، ترجمه فرهاد ماهر. (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد.

- کویلیام، سوزان، مثبت‌اندیشی و مثبت‌گرایی کاربردی. ترجمه فرید براتی سده و همکاران. (۱۳۸۶). تهران: انتشارات جوانه رشد.
- مجیدیان، فرهاد. (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین باورهای خود کارآمدی و سخت‌رویی با استرس شغلی مدیران مقطع متوسطه شهر سنندج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ملک‌پور، مهدی. (۱۳۷۶). بررسی و مقایسه واکنش‌های نورتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان با نیازهای ویژه شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
- موحد، احمد. (۱۳۸۲). بررسی رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۷-۱۲ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. فصلنامه کودکان با نیازهای ویژه، سال اول، شماره ۱۵، ۲-۱۳.
- میکائیلی، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سازگاری با هوش هیجانی - اجتماعی در دانشجویان سال اول دانشگاه ارومیه: نقش سخت‌رویی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، سال ۴، شماره ۳۵، ۱۳۲-۱۰۲.
- وردی، مینا. (۱۳۸۰). رابطه کمال‌گرایی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر مراکز پیش‌دانشگاهی شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه شهید چمران اهواز.

Alberto, J.&Joyner, B. (2010). Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, V21, I.4, p.212-217.

Argile, M. (2008). Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas & J. M. Innes (Eds), *Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective* (pp.189-203). North Holland: Elsevier.

- Bannink, F. P. (2008). Posttraumatic success: Solution-focused Brief Therapy. Journal Permissions Oxford University. Brief Treatment and crisis intervention Advance Access published.
- Bohle, P. (2008). Does hardiness Predict adaptation to shiftwork? *Journal Work and Stress*, Vol.11, P.369-376.
- Bolton, B. (2009). A longitudinal, structural equation analysis of stress, hardiness social support, and illness, *Multivariate Experimental Clinical Research*, Vol.11, P.109-120.
- Boulter, L.T. (2006). Self-concept as a predictor of college freshman academic adjustment. *College Journal*, Vol.36, P. 234-246.
- Brooks, M. (2007). Health – related hardiness and chronic illness: A synthesis of current research nursing from. Philadelphia, Vol. 38, P. 90-96.
- Clarke, D. (2007). Vulnerability to stress as a function of age, sex, locus of control. Hardiness, and type A personality. *Social Behaviour and personality*, Vol.23, P. 285-296.
- Crowley, B.j. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, Vol.10, P.237-248.
- Haldy, M.B. (2010). comparison of perceived competence in child-rearing between mothers of children without delay. *Education and training in mental retardation*, 25(2).
- Ho, M, F.Cheung, et al. (2009). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. The Chinese University of Hong Kong Shatin, University of Macau, China.
- Kobasa, S. (1999). Early experience in hardiness development. *Consulting psychology Journal Practice and research*, 51, 106-116.
- Kobasa, S. (1979). Stress full life events, personality and health: an inquiry in to hardiness. *Journal of personality and social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. (1988) Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of psychosomatic Research*, 29, 525- 533.
- Lee, V. Cohen, S. R. et al. (2010). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, V.62, Is12, P.311-314.
- Maddi, S.R (2005). "The personality construct of hardiness, Relationship with comprehensive tests of personality and psychopathology", *Journal of research in personality*, Vol.36, pp.72-85.
- Mathis, M (2005). Hardiness and College Adjustment: Identifying students in need of services. *Journal of College Student Development*, 40(3), 305-309.
- Seligman, M. (2005). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology* Vol.93, P235-238.
- Taylor, S. and Brown, J. (2007). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, V.116, p.7-21.

- Tracy, M. (2008). Effect of future writing and optimism on health behavioral medicine, *Journal of Social Psychology*, V.43, p.20-37.
- Troster, H. (2009). Sources of stress in mothers of children with impairment. *Journal of with impairment and blindness*. U.S.A: Black well publisher, 8, (1):13-26.
- Trunzo, J.J. & Pinto, B.M. (2009). Social support as a mediator of optimism and distress in breast Cancer Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, V.71, p.805-811.
- Vandervelden, R. J. Grievink, K, L. & dijkand, D. (2007). The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and comparison group: A prospective study. *Journal of affective disorders*, V 54, P.105-124.
- Weinman, M.L. (2007). Associations of family support, hardiness, and depression symptoms among indigent teens attendant a family planning clinic. *Psychological Reports*. VOL.93, P.713-719.
- Wong, S. & Lim, T. (2008). Hope versus optimism in Singaporean adolescent: Contribution to depression and life satisfaction. Psychological Studies Academic Group, National Institute of Education, Nan Yang Technological University, 1 Nan Yang Walk, Singapore 637616, Republic of Singapore.
- Zakin, G. (2008). Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli Pows and combat veterans. *Personality and Individual Differences*, V01.34, P. 819-829.